

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

306

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Avril 1897, à 1 heure

PAR

Gaston WILLEMIN

Né à Verdun le 6 Mars 1871

DU TRAITEMENT POST-OPÉATOIRE
des Végétations Adénoïdes

DU

PHARYNX NASAL

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

NÉLATON et CHARRIN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Avril 1897, à 1 heure

PAR

Gaston WILLEMIN

Né à Verdun le 6 Mars 1871

DU TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

des Végétations Adénoïdes

DU

PHARYNX NASAL

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

NÉLATON et CHARRIN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

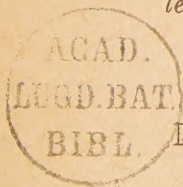
PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	N.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	TARNIER.
Clinique d'accouchement	PINARD.

Professeur honoraire.. M. PAJOT.

Agréés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	REITTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES

dans les Hôpitaux de Paris



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Dans cet exposé nous n'avons pas en vue la description détaillée des divers procédés opératoires applicables à l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Ces procédés bien connus sont minutieusement décrits dans de nombreux mémoires parus tant en France qu'à l'étranger.

Nous voulons insister surtout sur les soins consécutifs et sur les principaux accidents qu'on a pu observer à la suite de ces opérations.

Notre thèse se divise en deux grands chapitres.

Dans le premier, après un rapide aperçu historique et un résumé des divers traitements applicables aux végétations adénoïdes, nous insistons sur les précautions qu'il faut prendre avant et surtout après l'opération de l'extirpation.

Dans le second, nous traitons des accidents consécutifs à l'opération, nous en discutons les principales causes et nous essayons de démontrer que ces accidents sont dûs le plus souvent au manque de

précautions pré et post-opératoires. Ces accidents sont d'ailleurs rares, du moins chez les nombreux malades que nous avons pu observer à la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière.

Qu'il nous soit permis maintenant d'assurer de notre reconnaissance nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et de Nancy où nous avons commencé nos études.

Enfin, nous remercions Monsieur le Professeur Laboulbène de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.



I

Traitement post-opératoire

Les végétations adénoïdes du rhino-pharynx constituent une des affections les plus communes de l'enfance ; tous les auteurs qui ont écrit sur cette question ont insisté sur les accidents graves qu'elles peuvent entraîner par leur siège et leur développement exagéré. Moins fréquemment observées chez l'adulte, elles n'y sont cependant pas exceptionnelles et l'on en trouve même à l'âge de 48 ans, ainsi que nous en avons pu observer un cas dans le service de M. le D^r Gougenheim à l'hôpital Lariboisière.

Dupuytren, en 1828, avait déjà constaté que l'ablation des amygdales ne fait pas cesser les troubles respiratoires attribués à la tuméfaction chronique de ces glandes. Robert, en 1843, attira l'attention sur ces troubles respiratoires très fréquemment observés, mais il les attribue exclusivement à l'hypertrophie des amygdales. Chassaignac émet les mêmes opinions en 1854.

Plus tard, en 1866, Czermack aperçoit dans le pharynx nasal une tumeur en forme de « crête de coq ». Mais il ne pousse pas plus loin ses recherches.

En 1865, Valtolini avait vu lui aussi des tumeurs en forme de « stalactites » et il avait conseillé de les cautériser simplement.

Lœvenberg, la même année, les observe chez des sourds et établit une relation entre ces faits et les granulations du pharynx nasal.

Enfin, en 1870, Meyer, de Copenhague, fit l'histoire complète de l'affection et en indiqua le traitement. Sa description est si parfaite que, de nos jours, on a proposé pour dénommer l'ensemble des symptômes et la lésion le nom de maladie de Meyer.

Depuis cette époque, les publications se multiplient, les procédés opératoires se perfectionnent en même temps que se précisent leurs indications.

Gruge (d'Amsterdam), Michel (de Cologne), Lange, Salis Cohen, Lœvenberg, Châtellier insistent sur l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement.

Actuellement, le traitement des adénoïdes peut se grouper sous deux chefs :

1° *Le traitement purement médical.* — On a pensé que des adénoïdes, même volumineuses, pouvaient rétrocéder par le seul usage de la douche nasale, par l'application de glycérine iodée, par des badigeonnages de résorcine.

Dans presque tous les cas de guérison observés, il paraît s'être agi non de la disparition de la tumeur même, mais bien de l'atténuation des phénomènes

inflammatoires développés à son niveau ; on a obtenu la guérison d'adénoïdites et non la suppression de la tumeur. Récemment, Marage a publié de nombreux cas de guérison par l'usage de la résorcine. Cependant ce médicament expérimenté par Chaumiers, de Tours (1), ne lui a donné aucun succès.

2° *Le traitement chirurgical.* — Les procédés opératoires se divisent en deux classes : les procédés sanglants ; les procédés non sanglants.

Les procédés sanglants sont les plus fréquemment employés ; ils ne nécessitent pas une installation électrique spéciale. Quelques auteurs traitent les adénoïdes par l'écrasement avec le doigt, mais on se sert en général de la pince de Lœvonberg modifiée ou non, soit du couteau de Gottstein, Moritz-Schmidt, soit des curettes latérales de Hartmann.

Le plus souvent, on combine l'usage de ces divers instruments, suivant le volume des tumeurs, suivant leurs points d'implantation, et aussi suivant les préférences des opérateurs.

Les procédés non sanglants comprennent les différentes curettes galvaniques (adénotomes de Rousseaux).

Nous aurons surtout en vue dans notre dissertation les procédés sanglants les plus communément usités.

(1) Congrès de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, 8-14 août 1895.

La plupart des extirpations se pratiquent par la voie buccale. La pince ou la curette, l'anse galvanique sont introduites par la bouche derrière la voûte du palais. Cependant quelques opérateurs ont utilisé la voie nasale (1). Cette dernière n'est pas toujours applicable.

Quel que soit le procédé employé, nous croyons qu'il est prudent d'assurer l'asepsie du champ opératoire.

Ici les auteurs se divisent en deux camps. Les uns ont recours à la douche nasale de Weber. Les autres, répudiant l'usage de la douche, utilisent des insufflations de poudre d'acide borique, d'aristol, ou simplement l'introduction dans les fosses nasales de vaseline boriquée.

La douche nasale de Weber a de nombreux détracteurs. Elle est proscrite dans les cliniques étrangères, à Halle, à Berlin, à Munich. En France même, bien des auteurs n'en sont pas partisans. Dans la discussion qui s'est engagée à la séance du 5 mai 1895 à la Société française d'otologie et de rhinologie, Helme, Dor ont vigoureusement combattu son emploi. M. Lermoyez la déclare inutile.

A l'étranger, elle a été condamnée dans de nombreux travaux. Grassi en décrit tous les inconvénients au 11^e Congrès de la Société italienne d'oto-

(1) Chiari : opération de végétations adénoïdes. Congrès interne de médecine. Rome, mars 1894.

logie et de rhinologie tenu à Florence en 1895 ; Mühr (1) en résume tous les dangers dans sa dissertation inaugurale.

Malgré les nombreuses critiques dont elle a été l'objet, nous croyons que la douche nasale de Weber, pratiquée suivant une bonne technique, est le meilleur moyen d'assurer l'asepsie préopératoire et postopératoire. Elle a le double avantage d'entraîner les mucosités et d'aseptiser le cavum, si le liquide employé est préparé dans de bonnes conditions.

L'opération aseptique est recommandée par tous les auteurs. L'asepsie postopératoire est reconnue nécessaire. Ruault pratique des insufflations d'aristol pendant une semaine ; « je suis donc obligé d'attribuer « à ces précautions antiseptiques une importance « considérable, et de dénier aux plaies opératoires « du pharynx nasal, aussi bien qu'à celles des fosses « nasales, la réputation de bénignité qu'on leur a « faite. » Garel fait aussi priser de l'aristol avant l'opération, et badigeonne les surfaces avec un tampon phéniqué immédiatement avant l'opération.

Aussitôt l'opération terminée, il nous paraît prudent de pratiquer un lavage des cavités nasales et du cavum. L'injection doit être doucement poussée. Elle a un double effet :

1° Elle débarrasse le cavum du sang qui l'encombre.

(1) Mühr, dissertation inaugurale, Halle 1893.

2° Elle assure rapidement l'hémostase.

Les malades doivent ensuite strictement se conformer aux prescriptions générales suivantes : 1° garder la chambre, on évite ainsi les refroidissements, la pénétration brutale de l'air froid dans le pharynx nasal et dans les trompes dont l'orifice pharyngien est subitement désobstrué ; 2° pratiquer, pendant huit jours au moins des irrigations nasales boriquées tièdes à l'aide du siphon de Weber. On recommande avec soin aux malades de ne jamais se moucher après l'irrigation. Cette précaution nous paraît de la plus grande importance. Il est douteux, en effet, que la pénétration du liquide puisse facilement se réaliser quand elle n'est pas aidée par les efforts du malade dans l'acte de se moucher. Nous relatons plus loin une observation personnelle d'otite moyenne, dans laquelle l'étiologie de la complication est facile à établir et ne reconnaît pas d'autre mécanisme. Que si l'on interroge avec soin les parents du malade ou le malade, on découvrira la cause de la complication ; c'est une faute de technique, une imprudence du malade. Nous ne croyons pas que les statistiques des cliniques de Hall, de Berlin ou de Munich, d'où l'irrigation nasale est rigoureusement proscrite, soient tout à fait exemptes de complications auriculaires. La manière de pratiquer l'irrigation se trouve dans tous les ouvrages traitant de la technique instrumentale spéciale des maladies du

nez (1). Nous rappelons qu'il est trois précautions indispensables à prendre : 1° la pression doit être très faible ; 2° la canule placée du côté de la fosse nasale la plus étroite ; 3° le malade ne doit jamais faire d'effort pour expulser le liquide qui séjourne dans les fosses nasales. Enfin, on doit préparer la solution boriquée avec de l'eau récemment bouillie.

« En définitive, on le voit, il y a là une série de « précautions à prendre et il ne saurait être correct « de s'en rapporter au bon sens des malades. Il faut « leur apprendre le fonctionnement de l'appareil sur « eux-mêmes et ne leur permettre de s'en servir « qu'après s'être assuré de visu qu'ils en savent le « moyen. » (2)

Les malades se gargarisent plusieurs fois par jour avec de l'eau boriquée. Le premier jour, ils doivent déglutir de petits fragments de glace et ne s'alimenter que de bouillon et de lait froid.

(1) Duplay. Technique des maladies du nez et des oreilles.

(2) Tissier. De la douche nasale, in Ann. de médecine, 1880; v. 91, n° 44, page 351.



II

Accidents opératoires et post-opératoires

Laissant de côté les accidents dûs à l'anesthésie, les complications de l'opération ou les accidents peuvent se montrer soit immédiatement, soit tardivement.

Il convient d'envisager plusieurs groupes de faits :

1° Accidents résultant de l'acte opératoire lui-même (hémorrhagie immédiate, chute de sang ou de parcelles de végétations dans la trachée ; traumatismes des organes normaux du rhino-pharynx accidents réflexes).

2° Accidents secondaires et complications infectieuses locales et générales. L'hémorrhagie secondaire, l'otite moyenne représentent les deux complications les plus importantes et les plus graves de ce deuxième groupe.

1° Accidents résultant de l'acte opératoire lui-même.

Parmi les accidents sérieux directement imputables à l'acte opératoire, il faut citer en première ligne l'hémorrhagie. Il y a deux variétés d'hémorrha-

gie possible, l'hémorrhagie traumatique ou immédiate qui peut quelquefois se prolonger d'une façon inquiétante et constituer alors un véritable accident, et l'hémorrhagie secondaire qui survient tardivement, le second jour ou trois jours après l'opération. Nous en parlerons plus loin. Cette dernière est de tous points analogue à l'hémorrhagie secondaire qui succède à l'amygdalotomie.

Hémorrhagie immédiate. — L'opération entraîne en général, quel que soit le procédé, une hémorrhagie assez abondante. Mais si le sujet est jeune, si l'on n'opère pas après une poussée inflammatoire récente, celle-ci s'arrête presque immédiatement sans qu'on ait besoin d'avoir recours aux divers hémostatiques.

Dans quelques cas cependant, il persiste un véritable suintement sanguin ; presque toujours on s'en rend facilement compte, le malade continuant à « saigner du nez » ou l'eau du lavage ne ressortant pas claire. Cependant, quelquefois aussi, l'opération est terminée et l'hémostase paraît assurée. Mais si l'on fait cracher le malade, on trouve l'expectoration teintée de sang. En examinant alors avec attention la paroi postérieure du rhino-pharynx, on constate la présence d'un filet de sang descendant de la région traumatisée. Ces cas sont peu fréquents, mais ils ne laissent pas d'être inquiétants quand ils se présentent.

On a attribué la persistance de l'hémorrhagie à plusieurs causes :

1° L'état général du malade qui est quelquefois un hémophile ou un albuminurique ; d'où cette précaution, ici comme dans toute opération sanglante, de pratiquer l'examen préalable des urines. Une maladie infectieuse générale qui quelquefois a pu passer inaperçue.

2° La sclérose de l'amygdale pharyngienne dont les vaisseaux se rétractent mal ; une poussée inflammatoire antérieure et récente.

3° La section incomplète des tumeurs adénoïdes dont quelques lambeaux pendent dans le pharynx.

4° La lésion d'un organe normal du cavum, de la cloison, du cartilage des trompes, des cornets, de la muqueuse.

5° Une anomalie des artères du pharynx.

On a dit que parmi les différents procédés opératoires qui constituent la méthode sanglante, il en est qui sont moins susceptibles d'entraîner l'hémorrhagie. On a accusé les pinces de Lœvenberg de bien des méfaits ; certes, pour un opérateur non exercé ou insuffisamment exercé, il est plus facile de produire des traumatismes inutiles avec la pince qu'avec la curette. Cependant, si l'on met de côté les accidents imputables à une faute opératoire (lésion du vomer, des trompes, des cornets), l'hémorrhagie ne paraît guère plus fréquente par l'usage exclusif de la pince.

Il est juste de reconnaître que l'usage du couteau de Moritz-Schmidt entraîne une perte de sang un peu moins abondante.

Quel traitement faut-il appliquer à une hémorrhagie abondante ou persistante ? Comment assurer l'hémostase ? On a essayé d'instituer un traitement préventif. Mounier fait prendre à ses malades, avant l'opération, une potion à l'ergotine. Il nous a paru que, dans tous les cas où l'on n'a pas à incriminer l'état général, une irrigation nasale chaude à 40°, même 45° est le moyen hémostatique le plus efficace. Préconisée contre les épistaxis rebelles (1), elle convient parfaitement dans le cas présent. Nous reviendrons plus loin sur sa technique. On fait déglutir aux malades de petits morceaux de glace.

Que s'il persiste un très léger suintement sanguin, on peut avoir recours aux hémostatiques directement appliqués sur la région. Parmi ces derniers on peut employer la solution saturée d'antipyrine. On imbibe de cette solution un tampon d'ouate hydrophile monté sur une pince forceps courbe et l'on touche les points du cavum d'où semble provenir l'hémorrhagie. Il est peut-être préférable de se servir d'eau oxygénée.

On a récemment vanté l'eau oxygénée comme un

(1). Alvin. De l'eau chaude contre les hémorrhagies nasales. Loire médicale, oct. 1890.

hémostatique très efficace dans les hémorrhagies en nappe (1). On peut pulvériser le liquide dans les fosses nasales au lieu d'imbiber un tampon, procédé qui a certainement l'avantage de ne pas désagréger ou déplacer le caillot déjà formé sur les points voisins. On peut aussi insuffler par les fosses nasales ou directement dans le cavum une poudre hémostatique composée par exemple de colophane, antipyrine, aristol. (Helme).

Les injections sous-cutanées d'ergotine sont aussi de mise. Elles reconnaissent ici le même usage que dans l'épistaxis ou l'hémoptysie.

Quant au tamponnement postérieur, il ne convient guère qu'au cas où l'hémorrhagie reconnaît pour cause un état général du malade. C'est l'ultimaratio, le dernier moyen à employer quand les injections chaudes répétées à plusieurs reprises et l'emploi des divers médicaments hémostatiques ont échoué. Dans ce cas, les tampons doivent être imbibés d'une solution forte d'antipyrine ou de ferripyrine mélange de perchlorure de fer et d'antipyrine.

*Accidents résultant de la chute du sang ou des fragments
de la tumeur dans la trachée.*

Une des conséquences directes de l'hémorrhagie est la chute du sang dans le pharynx buccal et quel-

(1). Brewer. Valeur hémostatique du peroxyde d'hydrogène. N.-Y. Médic. Journal, 23 décembre 1893.

quefois dans les voies aériennes. Une partie du sang épanché est déglutie et expulsée souvent quelques heures après par le vomissement. Une autre partie est rejetée au dehors. Mais, comme dans toutes les opérations sur la bouche, le pharynx ou le nez, susceptibles de s'accompagner d'une hémorrhagie abondante, la pénétration du sang dans la trachée est possible. Cependant l'opération dure très peu de temps, et, si l'on n'a pas recours à l'anesthésie complète, la faible quantité qui a pu atteindre la trachée est rapidement expulsée sans déterminer d'accidents asphyxiques notables.

Mais chez les malades anesthésiés par le chloroforme (adultes), il est nécessaire de donner à la tête une attitude déclive. La tête, soutenue par un aide, est amenée hors de la table d'opération de manière à ce que les épaules portent à faux sur le bord même de la table. Dans ces conditions, le sang s'écoule par les fosses nasales ou par la bouche et n'est pas susceptible de s'opposer à l'entrée de l'air de la respiration.

Quand on a recours au bromure d'éthyle comme agent anesthésique, (enfants), les malades sont en général opérés tenus assis sur les genoux d'un aide. Dans ce cas, on compte sur la courte durée de l'acte opératoire et sur l'anesthésie incomplète obtenue par le bromure d'éthyle pour ne pas avoir à redouter

l'irruption du sang dans les voies respiratoires. Toutefois il peut en pénétrer une certaine quantité.

Il est prudent alors de pratiquer l'inversion rapide du petit malade avant de commencer le lavage.

Ces accidents véritablement inquiétants de suffocation par pénétration du sang dans la trachée ne s'observent que rarement. Ils seront rapidement conjurés par l'inversion du malade et son réveil rapide. Exceptionnellement, on aura recours à la respiration artificielle.

Quand on se sert pour l'opération du couteau de Gottstein, des fragments de végétations détachés peuvent tomber sur la glotte. Le fait est rare. Il est en effet de règle de les voir s'engager dans l'œsophage. Toutefois on a cité un cas de mort. On peut éviter cet accident en se servant de la pince pour enlever les grosses végétations, ou, si l'on a recours à la curette tranchante, d'utiliser un couteau muni d'un panier. C'est une modification heureuse que Delestanche a apportée à l'instrument de Gottstein.

Lésions des organes du cavum

Il y a des accidents qui constituent en réalité des fautes opératoires. Ce sont les traumatismes des organes de la région naso-pharyngienne ou des organes qui l'avoisinent. Ces accidents sont peu fréquents, quelques-uns d'entre eux sont graves.

Lorsqu'on opère avec la pince, il peut arriver que, en voulant atteindre la région toute supérieure du caveau, on pince le vomer. L'opérateur même inexpérimenté en est prévenu par la sensation toute spéciale d'un corps dur pris entre les cuillers tranchantes de la pince. Les fractures du vomer peuvent être la conséquence de cette faute opératoire. Il s'ensuit en général une hémorrhagie plus abondante, plus persistante, quelquefois une hémorrhagie secondaire. Toutefois, si le traumatisme n'a pas été trop profond, les lésions peuvent se réparer et se réparent même souvent sans complications, à la condition absolue de maintenir la région dans un état parfait d'asepsie.

Graves dans leurs conséquences sont les blessures des cartilages tubaires. Elles succèdent surtout à l'ablation de végétations implantées dans les fossettes de Rosenmüller. Les traumatismes des orifices pharyngiens des trompes peuvent entraîner des complications sérieuses, soit dans les quelques jours qui suivent l'opération, soit beaucoup plus tard et il s'agit alors d'accidents à évolution lente. Parmi le premier groupe d'accidents, l'otite moyenne est une des plus fréquentes. C'est tantôt l'otite purement inflammatoire, tantôt l'otite moyenne purulente aiguë qui est observée. Dans le second cas, au traumatisme est venue se joindre la pénétration dans la trompe et l'oreille d'agents septiques venus du rhinopharynx. Tout à fait insidieux sont les accidents du

second groupe. En effet, la cicatrisation de la plaie accidentelle faite à l'orifice tubaire peut entraîner des rétrécissements, des atrésies de l'orifice pharyngien de la trompe et consécutivement une diminution considérable de l'ouïe. Ces rétrécissements cicatriciels ne sont heureusement pas fréquents. Toutefois, il faut en signaler la possibilité.

Rares aussi sont les lésions de la face supérieure du voile. A peu près impossibles quand on emploie l'instrument de Moritz-Schmidt, elles sembleraient devoir être plus fréquentes par l'usage de la pince. En réalité, on n'a que peu de chances de léser le voile quand l'opération est régulièrement conduite et qu'on ne s'écarte pas de la paroi postérieure du pharynx.

En dernier lieu, citons les lésions des extrémités des cornets, surtout de l'inférieur, les déchirures de la muqueuse qui peuvent être l'origine d'hémorragies graves. Cependant ces accidents ne sont pas communs.

D'une façon générale, on doit dire que ces divers accidents opératoires sont peu souvent observés. A moins d'anomalies anatomiques de la région, elles sont le fait presque toujours de manœuvres irrégulières ou maladroitement. Cependant il faut savoir que les anomalies du vomer peuvent se rencontrer comme dans le fait relaté par MM. Helme et Ler-

moyen à la Société française d'otologie. C'est une des causes possibles d'hémorrhagie post-opératoire.

Torticolis. — Dans les quelques jours qui suivent l'opération, le malade accuse souvent une douleur violente dans les muscles de la nuque. On voit quelquefois survenir un véritable torticolis. Ce torticolis peut être d'origine réflexe. Knight en a signalé un cas (1). D'autres fois il s'agit d'un véritable traumatisme des muscles prévertébraux. Knight admet, en effet, que le torticolis consécutif à l'ablation des végétations adénoïdes peut être le résultat soit de la blessure des muscles droits, soit de leur contusion, ou bien résulter de la lésion des fibres nerveuses de la muqueuse ayant provoqué une irritation réflexe des fibres musculaires.

On peut dire d'une façon générale que, à moins de lésions graves des muscles prévertébraux, la raideur de la nuque, le torticolis disparaissent rapidement.

2° *Accidents secondaires et complications infectieuses.*

A. HÉMORRHAGIE SECONDAIRE

L'hémorrhagie secondaire différente dans ses manifestations et dans sa gravité de l'hémorrhagie du début, apparaît le lendemain ou deux jours après

(1) Knight. *Am. of. ophtalmol. and otol.* 1^{er} avril 1894.

l'opération, quelquefois plus tard. Elle reconnaît la même étiologie générale que les hémorrhagies secondaires consécutives à l'ablation des amygdales par l'instrument tranchant (état général du malade hémophilie, infections, sclérose amygdalienne, poussées inflammatoires récentes, traumatismes des parois osseuses ou cartilagineuses du cavum ; on sait que l'hémostase est pénible et aléatoire au niveau des surfaces osseuses sectionnées ou contuses).

Si l'on met de côté les cas où la cause de l'hémorrhagie peut être facilement retrouvée (sclérose, poussées inflammatoires) et ceux où elle a paru résulter d'un traumatisme accidentel opératoire, on se trouve le plus souvent en présence de malades entachés d'albuminurie ou d'une diathèse hémorrhagique ou plus souvent encore de sujets dont la plaie opératoire est infectée.

Aussitôt après l'opération, en effet, il se forme au niveau de la surface de section un caillot quelquefois volumineux qui tapisse la paroi postérieure du cavum. On sait que ce caillot ne se rétracte ou ne se désagrège que lentement dans les jours qui suivent l'opération. Dans ces conditions, la pénétration de germes septiques par le nez ou leur introduction dans le cavum par des instruments non aseptiques amène l'infection de la plaie et l'ouverture des vaisseaux. C'est certainement le mécanisme le plus fréquent de l'hémorrhagie après la sclérose amygda-

lienne, ou la congestion résultant d'une poussée inflammatoire récente.

On a exagéré la fréquence de ces hémorragies tardives. Cependant leur possibilité constitue l'un des grands arguments pour les partisans de la non intervention ou de l'intervention rare. Ruault trouve 2 hémorragies sur 500 opérations et en signale 30 cas qu'il a pu recueillir. On a cité plusieurs observations d'hémorragies inquiétantes (Cartaz). « Les véritables hémorragies inquiétantes, dit Mourre (1), sont rares. Il en existe cependant des exemples rapportés par Cartaz et nous-même avons eu l'occasion d'en observer une cette année chez une fillette de 8 ans, opérée de ses végétations en pleine coqueluche. Il n'est pas douteux que cette affection dont nous ignorions l'existence n'ait été la cause de l'hémorragie post-opératoire. »

M. Beausoleil, de Bordeaux, à la session de 1895 de la Société d'otologie et de laryngologie de Paris, en a relaté un cas intéressant par la durée de l'écoulement sanguin. Il s'agissait d'une jeune fille de 15 ans qui fut débarrassée de ses végétations par la curette de Gottstein. L'opération fut suivie d'une perte de sang immédiate, mais modérée. Cinq jours après, expulsion d'un caillot. La perte de sang se reproduisit à plusieurs reprises et la malade tomba dans un état d'anémie inquiétant. Le huitième jour

(1) Mourre. Traité des maladies des fosses nasales, p. 489

seulement on se rendit maître de l'hémorrhagie par des injections répétées faites avec une solution de perchlorure de fer. La guérison fut rapide. M. Beau-soleil attribue l'accident à l'âge de la malade (adolescente) et à la nature des végétations enlevées (sclérose amygdalienne). Au cours de la discussion qui s'engagea dans la même séance sur le mécanisme de l'hémorrhagie et sur ses dangers, M. Cartaz attribua surtout l'hémorrhagie à la sclérose, à un processus inflammatoire antécédent, à l'hémophilie. M. Helme, dans la même séance, relate trois cas d'hémorrhagie. Dans l'un d'eux, elle était due à la section d'une petite crête osseuse représentant soit un fragment de la cloison, soit peut être une anomalie du vomer. Newcomb (1) en cite un cas. Lecoarret (2) un autre intéressant, ainsi que Drinkwates (3). Garel en rapporte 4 cas.

Nous-même avons pu observer un cas personnel dans lequel il nous a paru que l'absence presque complète de traitement post-opératoire doit être seule incriminée. (Obs. I).

(1) Newcomb. *Améric. Journ. of the médic. sciences in Rev. génér. de chir. et de thérap.* n° 46, 15 nov. 1893.

(2) Lecoarret. *Anu. de la clinique de Toulouse*, oct. et nov. 1893.

(3) Drinkwates. *Brit. médic. prim.* 9 décembre 1893.

Observation 1

(Personnelle)

Hémorrhagie consécutive à l'ablation des adénoïdes

P... Marie, 18 ans, est atteinte de végétations adénoïdes ayant entraîné une otite suppurée du côté droit. Elle présente à l'examen tous les signes caractéristiques qui permettent de diagnostiquer la présence de tumeurs retro-nasales. Ronflement la nuit, bouche entrouverte. L'examen par le doigt et la rhinoscopie postérieure permettait de reconnaître la présence de masses adénoïdes volumineuses et un peu indurées.

L'opération est pratiquée sans anesthésie à l'aide des pinces de Lœvenberg et de la curette de Moritz-Schmidt. L'hémostase immédiate est faite. Cependant les irrigations nasales ne furent pas conseillées.

Le surlendemain, la malade quitte la chambre et au cours d'une promenade survient une hémorrhagie profuse. Celle-ci dura 6 heures et ne fut arrêtée que par des irrigations chaudes longtemps continuées et par des injections de solutions ahémostatiques. La malade n'était pas hémophile et son état général ne pouvait être incriminé. Nous croyons

qu'il faut attribuer l'hémorrhagie à l'âge de la malade (18 ans), peut-être à la nature scléreuse des adénoïdes extirpées et surtout à l'absence de tout lavage et de toute précaution antiseptique.

Le traitement de ces hémorrhagies tardives est celui des hémorrhagies secondaires en général. Il y a d'abord un véritable traitement préventif. Il résume toute la série des précautions et des renseignements dont on doit s'entourer avant de commencer l'opération. L'état général du malade, antécédents, maladies infectieuses récentes, adénoïdites ou amygdalites, nature des végétations, consistance, âge du malade ; d'une façon générale, les hémorrhagies sont plus fréquentes chez les adultes que chez les enfants. L'hémophilie bien constatée est une contre indication à l'opération sanglante ; une poussée inflammatoire antérieure prédispose aux accidents hémorrhagiques. On doit attendre ; prescrire des irrigations chaudes qui ont l'avantage de décongestionner les végétations qui saignent moins facilement (Castex), enfin faire une antiseptie rigoureuse des cavités naso-pharyngiennes avant l'opération. Que l'on emploie la douche nasale, que l'on se contente d'insuffler des poudres antiseptiques, le fait capital nous paraît être de n'opérer que sur une région aseptisée aussi parfaitement que possible. Ce n'est pas tout ; nous croyons

que les précautions antiseptiques postopératoires ont une importance de premier ordre.

Si l'hémorrhagie se déclare, les différents procédés hémostatiques doivent être mis en œuvre. Avant tout, pratiquer une irrigation nasale chaude et prolongée, aussi chaude que le malade pourra la supporter, recommander un repos absolu. Dans l'observation que nous avons rapportée, l'hémorrhagie qui durait depuis 13 heures ne fut arrêtée que par l'irrigation. Enfin il n'est pas sans intérêt de rappeler que si le malade est très anémié par le fait de la perte de sang plus ou moins abondante qu'il a subie, il est tout à fait indiqué d'avoir recours aux injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'eau salée. On voit, grâce à ce procédé précieux, le pouls se relever rapidement et l'état syncopal disparaître peu à peu. (1)

B. ACCIDENTS INFECTIEUX DU CÔTÉ DE L'OREILLE ET DES TROMPES ; OTITE MOYENNE

Parmi les accidents infectieux les plus fréquents il faut signaler ceux qui atteignent l'oreille moyenne. Tous les observateurs les ont indiqués. Quelle est la

(1) Mourette. Essai sur le lavage du sang, Th. Paris, 1896.

cause de l'otite moyenne consécutive à l'opération ?
On a incriminé :

Le traumatisme opératoire.

L'infection postopératoire.

L'irrigation nasale.

Certes, le traumatisme opératoire peut entraîner des accidents graves du côté de l'oreille moyenne. La curette, la pince peuvent déterminer des sections, des pincements des cartilages tubaires, des déchirures de la muqueuse, des orifices pharyngiens des trompes. Ces traumatismes sont quelquefois suivis, même si l'opération a été faite aseptiquement, d'une violente réaction du côté de la muqueuse tubaire ou tympanique.

On observe alors, deux ou trois jours après l'opération, de la douleur dans l'oreille atteinte, une véritable otalgie, et l'examen montre le tympan vascularisé, quelquefois rouge et opaque. Cependant, il n'est pas de règle dans ces conditions de voir apparaître la suppuration et d'observer la perforation de la membrane.

Quand l'otite est dite suppurée, on est en droit de faire intervenir un autre facteur, l'infection.

L'infection postopératoire, on le sait, est toujours le résultat de l'introduction de germes septiques par les instruments, les doigts ou simplement par l'air de la respiration. Il n'est pas besoin d'entrer dans de

longues considérations pour expliquer la facile propagation des infections rétropharyngiennes à l'oreille moyenne. La pathogénie des otites grippales ou de celles qui succèdent à la pneumonie démontre surabondamment que les agents septiques du pharynx trouvent une voie ouverte vers l'oreille moyenne par la trompe. L'infection peut se faire de proche en proche et il y aura salpingite avant otite moyenne. D'autres fois elle est plus rapide. Que l'on se rappelle en effet le mécanisme normal de l'aération de la caisse au moment de la déglutition, et de la classique épreuve de Valsalva qui est exécutée à chaque instant pendant l'action de se moucher ; on aura le mécanisme de ces infections rapides dans lesquelles l'otite semble apparaître seule ou presque seule avec supuration et perforation de la membrane. Une parcelle de mucus septique est entraînée rapidement vers l'orifice tympanique de la trompe et détermine l'infection de la muqueuse de la caisse.

Point n'est donc besoin d'incriminer la douche nasale. Au contraire, on peut attribuer, il nous paraît, les accidents d'otite suppurée à l'omission des soins antiseptiques rigoureux. Bien des auteurs, surtout en Allemagne, ont avancé que les lavages étaient inutiles, qu'ils étaient même dangereux, que l'antiseptie buccale était seule nécessaire après l'asepsie instrumentale. Ils se sont fondés, pour soutenir leur opinion, sur la prétendue rareté des infections

du cavum chez les opérés abandonnés à eux-mêmes, sur l'état aseptique de l'air qui arrive à la région la plus reculée du nez et enfin sur le rôle bactéricide du mucus nasal normal. Cependant, comme leurs opérés ne sont pas à l'abri des accidents infectieux du côté de l'oreille moyenne, il est fort probable que l'immunité du cavum n'est pas aussi grande qu'on le dit, et qu'avec une infection même légère du cavum, il suffit aux malades d'exécuter un peu fortement l'épreuve dite de Valsalva pour courir les risques de projeter dans la caisse des débris de caillots plus ou moins septiques ou pour aider au cheminement des germes le long de la muqueuse tubaire.

L'irrigation nasale a été accusée surtout d'être la cause des accidents observés. On a avancé que le lavage à l'acide du siphon de Weber était dangereux ou tout au moins inutile. On a cherché à attribuer à ce moyen thérapeutique précieux une foule de méfaits que l'on devrait plutôt mettre sur le compte de l'imprudence des malades. « Après l'opération, dit Zien, il est bon de pratiquer une irrigation ; les suppurations de l'oreille observées ne sont pas dues à ces irrigations mais à l'inattention du malade qui se mouche quelquefois fortement après l'opération ». (1)

Le lavage du nez pratiqué suivant une bonne

(1) Zien. Numatsch f. ohr. nov. 94.

technique est-il réellement capable à lui seul de déterminer les graves accidents dont on l'a chargé ?

Nous ne le pensons pas. Nous avons vu à la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière un nombre considérable de malades avoir recours à la douche de Weber, et nous croyons pouvoir affirmer que nous n'avons pas observé un seul cas d'otite moyenne *directement* imputable à l'usage de cette méthode thérapeutique. On a dit que, par suite d'une béance anormale des trompes, une partie du liquide pouvait refluer dans l'oreille moyenne. Il faudrait pour que le fait se produisît qu'il y eût un obstacle à la sortie du liquide par l'autre narine, ou que la pression du liquide fût relativement grande. Nous ne croyons pas que le liquide puisse *facilement* pénétrer dans les trompes quelle que soit leur béance, si le lavage est régulièrement pratiqué.

On peut cependant observer des otites moyennes sur des opérés soumis aux lavages réguliers du cavum. Nous en relatons une observation personnelle ; mais qu'on se livre à une enquête minutieuse, qu'on interroge les parents, le malade, et presque toujours on découvre que le malade se mouchait fortement et en pinçant les narines après chaque lavage, ou que le lavage était pratiqué avec une pression trop considérable. Nul doute que dans les deux cas, particulièrement dans le premier, qui nous a paru le plus fréquent, l'otite suppurée ne soit presque

fatale. Mais ce n'est pas alors la douche nasale qu'il faut incriminer, nous tenons à insister sur ce fait, c'est l'inexpérience du malade, c'est surtout l'impéritie ou la négligence du médecin qui ne doit jamais oublier de faire des recommandations qui, pour être minutieuses ou fastidieuses n'en sont pas moins très importantes : ne jamais se moucher après l'irrigation, telle est la suscription qui doit toujours figurer sur une ordonnance d'irrigation nasale par l'appareil de Weber.

L'accusation portée contre la douche doit tomber d'elle-même ; les otites, consécutives aux opérations même suivies de lavages sont dues à la pénétration de matériaux septiques ou irritants dans l'oreille moyenne. S'il est quelquefois impossible d'empêcher la propagation par migration lente des agents septiques, il est toujours possible de s'opposer à leur pénétration rapide grâce aux recommandations précises faites au malade par le médecin et à un exercice préalable.

Quelle est la forme la plus fréquemment observée de l'otite moyenne ?

Quelquefois et presque toujours quand l'otite peut être attribuée à une réaction inflammatoire légère, il s'agit d'une simple injection de la muqueuse et de la membrane tympanique. Il n'y a pas formation de liquide purulent. Le malade se plaint d'une douleur assez intense derrière l'angle de la mâchoire,

à la pression et dans les mouvements du maxillaire et de douleurs à la pression en avant du conduit. L'examen au spéculum montre le tympan un peu rouge, les vaisseaux radiés sont apparents, particulièrement dans le segment antéro-inférieur. L'opacité de la membrane n'est pas complète. Toute la complication peut se borner là. Le fait est observé assez souvent. Mais il n'est pas rare non plus de voir l'otite suppurative se manifester d'emblée avec son tableau symptomatique habituel.

Il s'agit alors soit d'une otite moyenne aiguë avec fièvre, douleur violente spontanée et provoquée, douleur qui ne cède qu'après la perforation de la membrane, soit encore assez fréquemment d'une otite suppurative sans grands symptômes réactionnels bruyants ou douloureux. La douleur est supportable et la perforation de la membrane s'effectue on pourrait le dire presque insidieusement.

L'examen montre alors une perforation de dimensions variables, ordinairement de la grosseur d'une tête d'épingle siégeant dans le segment antérieur. Quand la perforation est vaste et a détruit une grande partie de la membrane, il faut songer à un réveil d'une affection ancienne.

L'otite est unilatérale ou double. Les otites doubles ne sont pas rares. L'écoulement apparaît soit dans les deux oreilles presque simultanément, soit à un ou plusieurs jours d'intervalle.

Le diagnostic est facile. La douleur ou l'écoulement de pus, l'examen à l'aide du spéculum permettent de l'établir rapidement. Il importe toutefois de remarquer que la présence des adénoïdes dans le pharynx peut avoir déjà déterminé une otite purulente et qu'il y a lieu d'en tenir compte dans le pronostic.

Les lésions sont en général peu étendues. Cependant la suppuration peut atteindre l'attique comme nous en avons trouvé une observation de Bowft Jansley (1).

Garçon, 14 ans, atteint d'otite catarrhale bilatérale et de végétations adénoïdes. L'otite ayant été soignée et en apparence guérie d'abord, l'auteur procède à l'ablation des adénoïdes en se guidant sur le doigt placé derrière le voile. L'auteur insiste sur les précautions antiseptiques, mais il dit aussi que l'opération dura une demie heure et que le tissu enlevé était en petite quantité. Le surlendemain il y avait une otite aiguë à gauche avec une amygdalite pharyngée intense. Le 5^e jour une perforation se fit dans le segment inférieur du tympan ; le dixième jour survinrent les signes d'une inflammation aiguë de l'attique et divers symptômes cérébraux. L'auteur fit alors une incision en haut et en arrière à côté de la courte apophyse du marteau et les symptômes s'amendèrent rapidement. La guérison fut parfaite avec rétablissement du tympan et de l'ouïe.

(1) Bowft Jansley. *Archiv. of Pédiatries*, n° 2, 1894.

D'autres fois le pronostic est rendu plus grave par une infection grippale surajoutée. Bar (1) a signalé un cas survenu au cours d'une épidémie de grippe et imputable à la constitution médicale régnante.

Enfin comme dans toutes les otites suppuratives, les complications mastoïdiennes sont à craindre. Le cas de Bar fut rapidement suivi de mastoïdite. Gorham Bacon de New-York en a relaté une observation. « L'ablation des adénoïdes avait été faite partie au doigt, partie à la pince et suivie tous les jours d'irrigations *phéniquées* qui furent peut être un peu irritantes. *Au moment de l'opération le malade avait une pharyngite subaigüe*, deux jours après douleur dans l'oreille droite, tension mastoïdienne. Les lavages boriqués amenèrent une amélioration notable, mais finalement, on dut inciser un abcès mastoïdien sous-périostique. Guérison. »

Ces cas sont assez rares et le pronostic est en général peu grave, la suppuration de peu de durée. La cicatrisation s'effectue rapidement et la fonction dans les cas simples n'est que peu compromise. Tel est le cas de la malade que nous avons observée et dont nous relatons l'histoire détaillée.

(1) Bar : 5^e Congrès intern. d'otologie de Florence, 24 septembre 1895.

Observation 2

(Personnelle)

Otite moyenne, aiguë, consécutive à l'opération des végétations adénoïdes

Alice A..., 14 ans, vient consulter pour des troubles de la respiration datant de loin. Elle ronfle la nuit, dort la bouche ouverte ; son sommeil est fréquemment interrompu par des cauchemars. Un peu de surdité, mais les oreilles n'ont jamais coulé. Elle présente le facies adénoïdien typique ; visage allongé, nez mince ; incisives supérieures longues et chevauchant sur les inférieures ; bouche entr'ouverte, etc.

L'examen du pharynx montre les deux amygdales hypertrophiées, surtout la droite. La paroi postérieure présente des granulations volumineuses qui s'égrènent en chapelet et paraissent se continuer derrière le voile du palais avec des masses plus volumineuses. L'examen du nez au spéculum montre une hypertrophie des deux cornets inférieurs dont la muqueuse est pâle et se laisse déprimer facilement par le stylet. Le doigt introduit derrière le voile sent des masses adénoïdes qui sont développées à gauche, mais paraissent remplir tout le cavum. A l'examen des oreilles, les tympons sont un peu enfoncés. L'apophyse externe du marteau est saillante.

La malade est soumise aux injections nasales au moyen du siphon de Weber, pendant huit jours.

Opération sans anesthésie. Lavage immédiat des fosses nasales avec de l'eau boriquée étendue. La malade est envoyée chez elle. On indique aux parents les précautions à prendre et on conseille la douche nasale.

Au bout de huit jours, la malade est ramenée à la consultation. La mère dit qu'elle a commencé à souffrir de l'oreille gauche quatre jours après l'opération. L'oreille s'est mise à couler depuis deux jours, l'examen montre le conduit rempli de pus. Après nettoyage du conduit, on aperçoit le tympan rouge et perforé dans son segment inférieur. La perforation est de la grosseur d'un grain de mil.

En interrogeant soigneusement la mère sur le traitement suivi, voici ce que l'on apprend. Malgré la recommandation faite, la malade continue à se moucher après chaque lavage pour se débarrasser du liquide qui séjourne dans les fosses nasales. « Il est impossible, dit la mère, de l'en empêcher », surtout depuis l'opération. De plus, la mère l'a laissée sortir le lendemain de l'opération pour aller aux provisions.

Dans ces conditions, l'otite s'est déclarée. Elle reconnaît ici pour cause l'étiologie indiquée précédemment; l'action de se moucher et le refroidissement y entrent pour une grande part.

Les suites de cette complication furent d'ailleurs bénignes. On prescrivit des injections boriquées dans l'oreille et l'écoulement fut tari en douze jours. Actuellement, la perforation est cicatrisée et la malade entend la montre à 15 centimètres.

Le traitement est celui des otites suppurées. Irrigations boriquées dans le conduit, drainage. L'écoulement tarit peu à peu. Il est inutile d'avoir recours à l'évacuation du pus par la méthode de Politzer ou par la douche d'air, du moins dans les premiers jours, en raison de l'état du pharynx nasal.

En résumé l'otite moyenne est un accident sérieux, mais moins fréquent qu'on ne l'a dit. Ses causes peuvent être multiples et si l'on élimine le traumatisme opératoire elle paraît reconnaître pour origine l'introduction de liquide irritant ou de parcelles septiques dans la trompe. Dans quelques cas l'otite est survenue chez des malades soigneux chez lesquels on ne pouvait incriminer l'action de se moucher. Il faut alors songer à la possibilité de la propagation pure et simple des agents septiques le long du canal tubaire, à une infection générale ou au milieu épidémique. Eviter l'infection du cavum est la meilleure manière de s'opposer à cette propagation. Il est donc de toute nécessité de désinfecter souvent et continuellement la région par de fréquents lavages boriqués pratiqués avec toutes les précautions nécessaires et suivant les règles d'une bonne technique.



CONCLUSIONS

1° L'opération des végétations adénoïdes par la méthode sanglante doit être pratiquée aseptiquement.

2° L'asepsie pré et post-opératoire est le plus facilement obtenue à l'aide de la douche nasale de Weber. L'usage du siphon de Weber entraîne la connaissance d'une bonne technique.

3° Parmi les accidents, les uns sont directement imputables au traumatisme opératoire. D'autres, plus graves, sont au nombre de deux principaux : l'hémorrhagie et l'infection auriculaire. Les dangers de l'hémorrhagie secondaire, qui est souvent le fait d'une aseptie insuffisante, peuvent être évités par le lavage fréquent des cavités nasales.

4° L'otite moyenne aiguë, non directement imputable à l'imprudence des malades, à une affection auriculaire antérieure ou à une infection générale, sera évitée le plus souvent par l'asepsie rigoureuse du cavum avant et après l'opération.

Vu : Le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Ménière. — Statistique. 1.115 opérations de tumeurs adénoïdes par Ménière. Ann. de médecine, 1^{er} décembre 1891.

Tissier. — De la douche nasale. Ann. de médecine, 18 nov. 1891, n° 44, p. 351.

A. H. Buck. — De l'emploi renouvelé de la douche nasale et des procédés similaires, N.-Y. Med. Rev. 6 septembre 1890.

Alvin. — De l'eau chaude contre les hémorrhagies nasales. Loire médicale, oct. 1890.

Ruault. — Sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Congrès français de chirurgie. Séance du 30 août 1891. — In Archives internat. de laryngologie et d'otologie. Septembre et octobre 1891.

Gougenheim. — Des végétations adénoïdes. Gaz. des Hôpit., 26 janvier 1892.

Discussion à la Société d'otologie de Paris. Séance du 6 mai 1892.

Chiari. — Opération des végétations adénoïdes. Soc. de laryngologie. Congrès intern. de médecine. Rome, mars 1894.

René Piaget. — Etude sur les moyens de défense de la

cavité nasale contre l'invasion microbienne. Steinheil. Edit. Paris, 1896.

G. Gellé (de Paris). — Eau oxygénée hémostatique. Soc. franç. de laryngologie et d'otologie, 1896.

Grazzi. — Douche nasale et ses inconvénients. 11^e congrès. Société d'otologie, laryngologie et rhinologie italiennes. Florence, sept. 1895.

Camescasse. — Antisepsie de la bouche et du pharynx. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 mars 1894.

Lecoarret. — Hémorrhagie secondaire consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes (Ann. de la polyclinique de Toulouse, octobre et novembre 1893).

H. Ripault. — Ablation des végétations adénoïdes. Gaz. médicale de Paris, 10 février 1894.

A. Castex. — Technique et résultats opératoires dans les tumeurs adénoïdes du pharynx. Soc. de médecine et de chirurgie pratiques, 1^{er} février ; in Médecine moderne, 21 février 1894).

A. Courtade. — Etude sur l'emploi de la pince et de la curette dans l'opération des végétations adénoïdes (Journal de médecine de Paris) 18 mars 1894.

Guillemin. — Des végétations adénoïdes et en particulier de leur diagnostic et traitement avec la pulpe de l'index. (Soc. franc. de lar. otol et rhin., séance du 2 mai. Rev. de lar. otol et rhin. 16 nov. 1894).

Newcomb. — (Americ. journ. of the med. Sciences in Revue générale de clinique et de thérapeutique, n^o 46, 15 nov. 1894. Hémorrhagie consécutive à l'ablation de tumeurs adénoïdes. Contribution statistique aux végétations adénoïdes, 5^e congrès internat. d'otol. Florence 13 sept. 1895.

H. Cutis. — Moyen d'éviter l'hémorrhagie après l'ablation des végétations adénoïdes, d'après l'analyse de Revista médico guirurgica, n° 10, p. 296, juin 1893.

J. Halbéin. — Traitement des végétations adénoïdes du naso-pharynx chez les enfants et les adultes, in-8°, 51 pages. J. I. Lehmann, édit. Munich 1892.

Bresgen. — Quand à la suite d'opérations nasales ou naso-pharynx apparaissent les inflammations de l'oreille ou d'autres parties voisines. Wiener Medic. Woch. 45, 47, 1892.

Leuzmann. — Contribution au traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Deutsch medic. Woch. n° 48, 1892.

Mühr. — Danger des irrigations nasales pour l'oreille. Dissert. inaug. Halle 1893.

T. Baw. — Traitement du nez et de la gorge comme source d'affections de l'oreille moyenne. Lancet, 17 décembre 1892.

H. Drinkwaters. — Hémorrhagie provoquée par des végétations adénoïdes du rhino-pharynx (Brit. med. journal, 24 juin 1893.

Cleaver. — Ergotine dans l'épistaxis. Sheffield med. chirurg. soc. 23 nove., in Brit. med. journal 9 décem. 1893.

Massel Sympton. — Végétations adénoïdes du naso-pharynx. Arch. of pediatrics, sept. 1893.

Hardie. — Traitement des végétations adénoïdes. North. amér. pract., mai 1893.

Huber. — Végétations adénoïdes chez les enfants. Arch. of pediatrics. janvier 1894.

Arslan de Padoue. — Congrès d'otol. de Florence,

sept. 1895. Contribution statistique à l'étude des végétations du rhino-pharynx.

Ménière. — Des tumeurs adénoïdes. Bull. méd. 27 août 1893.

Ziem. — Sur l'opération des végétations adénoïdes, Monatschr. für Ohren Heilk. n° 11, 1894.

